**OFERTA REALIZACJI ZADANIA**

**Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO**

podstawa prawna:

ustawa z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym

(Dz. U. z 2021 r. poz. 183, zm.: Dz. U. z 2021 r. poz. 694)

**Profilaktyka chorób**

(zadanie z zakresu zdrowia publicznego)

**„Zdrowszy Kołobrzeg - wykrywanie nowotworów piersi 70+”**

(tytuł projektu)

okres realizacji od 2 sierpnia 2021 r. do 19 grudnia 2021 r.

1. **Dane Oferenta/Oferentów**
2. nazwa: ........................................................................................................................
3. adres: …..…………………………...……………………...……………………………….…………………………
4. tel.:..........................................................................faks:............................................

email:......................................................................http://.......................................

1. forma prawna:.............................................................................................................
2. numer w Krajowym Rejestrze Sądowym, w innym rejestrze lub ewidencji: ……..................
3. numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego: ………………………………………………………….
4. NIP: ...........................................................................................................................
5. REGON: .....................................................................................................................
6. numer rachunku bankowego:…………………………………………………………………………………….
7. nazwa banku:……………………………………………………………………………….…….....................
8. nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentowania oferenta/oferentów:
9. …………………...............................................................……......................................
10. …..……………...............................................................…….......................................
11. osoba upoważniona do składania wyjaśnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz

nr telefonu kontaktowego) ……...................................................................................

1. przedmiot działalności: …………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………..…………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Szczegółowy sposób realizacji zadania:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Termin i miejsce realizacji zadania;**

|  |
| --- |
|  |

1. **Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania;**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadanie realizowane w okresie od ................................ do .................................... | | |
| Poszczególne działania  w zakresie realizowanego zadania | Terminy realizacji  poszczególnych działań | Oferent lub inny podmiot odpowiedzialny  za działanie w zakresie realizowanego  zadania |
|  |  |  |

1. **Informacja o wysokości wnioskowanych środków;**

|  |
| --- |
|  |

1. **Informacja o wysokości współfinansowania realizacji zadania:**
2. **Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, jeżeli działalność ta dotyczy zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie ofert:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych oraz zasobie kadrowym   
   i kompetencjach osób zapewniających wykonanie zadania, a także o zakresie obowiązków tych osób:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Informacja o wysokości środków przeznaczonych na realizację zadania oraz kosztorys wykonania zadania, w szczególności uwzględniający koszty administracyjne:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Rodzaj kosztów | Ilość jednostek | Koszt jednostkowy (w zł) | Rodzaj miary | Koszt całkowity  (w zł) | z tego do pokrycia z wnioskowanych środków  finansowych  (w zł) | z tego z finansowych środków własnych, środków z innych źródeł, w tym wpłat i opłat adresatów zadania  (w zł) | koszt do pokrycia z wkładu  osobowego, w tym pracy społecznej członków i świadczeń wolontariuszy (w zł) |
| I. | Koszty  merytoryczne  po stronie Oferenta  1)  …..….............  2)  …..…............. |  |  |  |  |  |  |  |
| II. | Koszty obsługi zadania, w tym koszty administracyjne po stronie Oferenta  1) .….................  2) .…................. |  |  |  |  |  |  |  |
| III. | Inne koszty, w tym koszty wyposażenia  i promocji po stronie Oferenta  1) .….................  2) .…................. |  |  |  |  |  |  |  |
| IV. | Ogółem: |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Przewidywane źródła finansowania zadania w zakresie zdrowia publicznego;**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Wnioskowana wysokość środków finansowych | ........... zł | .......... % |
| 2. | Środki finansowe własne | ........... zł | .......... % |
| 3. | Środki finansowe z innych źródeł ogółem (środki finansowe wymienione w pkt 3.1—3.3) | ........... zł | .......... % |
| 3.1. | Wpłaty i opłaty adresatów zadania publicznego | ........... zł | ...........% |
| 3.2. | Środki finansowe z innych źródeł publicznych  (w szczególności: dotacje z budżetu państwa lub budżetu jednostki samorządu terytorialnego, funduszy celowych, środki z funduszy strukturalnych) | ........... zł | .......... % |
| 3.3. | Pozostałe | .......... zł | .......... % |
| 4. | Wkład osobowy (w tym świadczenia wolontariuszy i praca społeczna członków) | ........... zł | .......... % |
| 5. | Ogółem (środki wymienione w pkt 1—4) | ........... zł | 100 % |

(pieczęć Oferenta)

........................…………………….

(podpis osoby upoważnionej

lub podpisy osób upoważnionych

do składania oferty)

Data ……………….......................